

# Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten

Dies Formular bitte unterschrieben zum ersten Termin mitbringen.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind  
(zutreffendes ankreuzen)

Vorname, Name: \_\_\_\_\_  
Geb. Datum: \_\_\_\_\_

[ ]

- am Klettertreff der Naturfreund:innen Dortmund Nord teilnimmt,
- in Kursen das Sichern im Toprope erlernt,
- von anderen Kursteilnehmern beim Klettern gesichert wird,
- mit den NaturFreunden Dortmund Nord e.V. auf Kletterausflüge fährt.

**Die mit der Ausübung des Klettersports verbundenen Risiken sind mir bekannt.**

[ ]

- die Technik des Vorstiegsklettern erlernt,
- von anderen Kursteilnehmern beim Klettern im Vorstieg gesichert wird.

**Das erhöhte Unfallrisiko durch Vorstiegsklettern ist mir bekannt.**

[ ]

- mit den NaturFreunden Dortmund Nord e.V. auf Kletterausflügen am Fels klettert,
- lernt Routen umzubauen und sich selbstständig abzuseilen.

**Das erhöhte Unfallrisiko durch Klettern am Fels ist mir bekannt.**

Sollte das Kind den Anweisungen der Betreuer:innen nicht Folge leisten, kann es vom Kursbetrieb oder Freizeiten ausgeschlossen werden und wird von mir abgeholt.

Ich erkläre mich bereit, Bildmaterial, das während der Ausbildung entsteht, für Publikationen in jeder Form freizugeben, sofern ich dem nicht ausdrücklich widerspreche.

Ich bin erreichbar über:

Name: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

Ort,

Datum,

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

# Einverständniserklärung zur Wundversorgung kleinerer Verletzungen und Angaben zu Vorerkrankungen

Dies Formular bitte unterschrieben zum ersten Termin mitbringen.

Vorname, Name: \_\_\_\_\_  
Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Mein Kind hat eine chronische Erkrankung

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
☐ keine

Mein Kind hat eine Allergie auf

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
☐ keine

Mein Kind nimmt regelmäßig Medikamente ein

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
☐ keine

Mein Kind hat ein Notfallmedikament

Name: \_\_\_\_\_  
Wirkstoff: \_\_\_\_\_  
Anwendung: \_\_\_\_\_  
Lagerort: \_\_\_\_\_  
☐ keine

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind im Fall von kleineren Verletzungen, wie Schürf-, Stich- und Schnittwunden oder Zeckenbissen, durch die Betreuer:innen erstversorgt werden darf.

Ich bin damit einverstanden, dass die hier angegebenen Daten meines Kindes digital gespeichert und allen Betreuer:innen zur Verfügung gestellt werden.

Ort,

Datum,

Unterschrift der Erziehungsberechtigten